

HERZIENE BESLISSING OP BEZWAAR**73471-248436**

Bij fax van 6 februari 2014 is door de IJsselmeerziekenhuizen te Lelystad (bezwaarde) bezwaar gemaakt tegen de beschikkingen van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) van 3 februari 2014 met de kenmerken 0100310-NT-2012-Z4T-VT01 en 0100310-NT-2013-Z4T-VT01. In deze beschikkingen is het voorlopige verrekenbedrag 2012 en het voorlopige verrekenbedrag 2013 vastgesteld. Naar aanleiding van dit bezwaar zijn belanghebbenden op 12 september 2014 gehoord. In overleg met bezwaarde is de bezwaarprocedure aangehouden totdat de NZa een besluit heeft genomen over de definitieve verrekenbedragen. De definitieve verrekenbedragen heeft de NZa op 20 juli 2015 vastgesteld (kenmerken 0100310-NT-2012-Z4T-DT01 en 0100310-NT-2013-Z4T-DT01). De besluiten van 20 juli 2015 vervangen de besluiten van 3 februari 2014. De NZa acht het bezwaar op grond van artikel 6:19 van de Algemene wet bestuursrecht mede gericht tegen de nieuwe besluiten.

Op 1 december 2015 heeft de NZa een beslissing op het bezwaarschrift genomen. Deze beslissing is bezwaarde op 8 december 2015 toegezonden.

Eind december 2015 heeft bezwaarde de NZa er op gewezen dat enkele medische specialisten negatieve loonkosten in de rekenstaat hebben staan. De NZa heeft naar aanleiding van deze opmerking in haar vergadering van 3 mei 2016 de hierboven vermelde besluiten opnieuw in heroverweging genomen. De NZa stelt vast in haar beslissing van 8 december 2015 ten onrechte te hebben geconcludeerd dat de loonkosten zoals opgenomen op regel 24 van de rekenstaat juist zijn. De beslissing van 8 december 2015 wordt daarom herzien.

De NZa besluit dat het bezwaar voor zover gericht tegen de *voorlopige* verrekenbedragen niet-ontvankelijk wordt verklaard. De NZa besluit verder dat aan het bezwaar voor zover gericht tegen de *definitieve* verrekenbedragen gedeeltelijk tegemoet kan worden gekomen. Hieronder volgt de motivering daarvan.

Ten opzichte van de beslissing van 8 december 2015 zijn de volgende passages gewijzigd: D2c en E2.

A. DE AANGEVOERDE BEZWAREN

Naar aanleiding van de vaststelling van de definitieve verrekenbedragen heeft bezwaarde aangegeven dat de volgende bezwaargronden resteren.

Bezwaarde voert – kort weergegeven – aan met de zorgverzekeraars twee afspraken te hebben gemaakt. Een lumpsumafpraak voor het schaduwbudget en het in loondienst nemen van alle specialisten. De NZa heeft het schaduwbudget lager vastgesteld dan met de zorgverzekeraars is afgesproken.

A1 Specialisteneenheden

Bezwaarde voert aan met de zorgverzekeraars een tweezijdig formulier te hebben aangeleverd voor de definitieve vaststelling. Hieruit volgt dat een aantal aanpassingen in de rekenstaat gemaakt moeten worden:

1. € [vertrouwelijk] teneinde de schoning van 2009 (A+B) ongedaan te maken
2. € [vertrouwelijk] teneinde de schoning van 2009 (B) terug in de rekenstaat te zetten (berekend naar verhouding A-B 2012).

Bezwaarde onderbouwt dat in 2009 alle specialisten als zijnde vrijgevestigd uit de rekenstaat zijn geschoond. Dit geldt zowel voor de specialisten A-segment als de specialisten die geschoond moesten worden voor het B-segment. Beide schoningen zijn op dezelfde posten in de rekenstaat verwerkt. In 2012 heeft bezwaarde de NZa verzocht de schoning voor het A-segment ongedaan te maken maar dit is nooit goed in de rekenstaat terecht gekomen. De schoning van de vrijgevestigde specialisten in de rekenstaat moet dan ook per 2012 ongedaan worden gemaakt.

Bezwaarde heeft geprobeerd het vrijgevestigde honorariumplafond overgeheveld te krijgen naar het schaduwbudget. Dit is niet gelukt.

De afspraak die bezwaarde met de zorgverzekeraars heeft gemaakt ziet op de totale loondienstcomponent die € [vertrouwelijk] bedraagt (de vrijgevestigd specialisten à € [vertrouwelijk] en de voormalig loondienst-specialisten à € [vertrouwelijk]). Hiervan is € [vertrouwelijk] aan te merken als B-segment. In de regels 1401-1429 zijn alle loondienstspecialisten verwerkt. Het bijbehorende bedrag in de rekenstaat is € [vertrouwelijk].

A2 Restpost specialisteneenheden

Omdat de schaduwbudgetafspraken over de loondienstcomponent met de zorgverzekeraars € [vertrouwelijk] is, heeft bezwaarde € [vertrouwelijk] onder de overige mutaties opgevoerd. Bezwaarde voert aan dat deze post naast de hierboven genoemde posten eveneens in het schaduwbudget verwerkt moet worden.

A3 Secundair: omzet uit prestatiebekostiging

De honoraria van de medisch specialisten zijn wel in de opbrengsten onder de prestatiebekostiging meegenomen. Bezwaarde gaat er ook mee akkoord om in plaats van een schaduwbudgetaanpassing de opbrengsten met € [vertrouwelijk] te verlagen.

A4 Lumpsumafpraak

Bezwaarde voert aan dat in de rekenstaat de aanvaardbare kosten op een bedrag van € [vertrouwelijk] staan. In de beschikking wordt uitgegaan van een schaduwbudget van € [vertrouwelijk]. Dit verschil wordt veroorzaakt door de beschikbaarheidsbijdrage.

Bezwaarde verzoekt de NZa, in het kader van de lumpsumafspraken met de zorgverzekeraars, dit bedrag in mindering te brengen op het door bezwaarde in het formulier Vaststelling Definitief Transitiebedrag 2012 opgevoerde correctiebedrag van € [vertrouwelijk], waardoor deze uitkomt op € [vertrouwelijk].

A5 Bijzondere omstandigheden

Bezwaarde voert aan in een bijzondere omstandigheid te verkeren die voortvloeit uit het technisch faillissement in 2009 (historisch perspectief) en de gevolgen van het niet toekennen van het bezwaarschrift voor de continuïteit van het ziekenhuis.

Het ziekenhuis brengt naar voren in 2009 een doorstart te hebben gemaakt na technisch faillissement. De afspraken die nu met de zorgverzekeraar zijn gemaakt vloeien voort uit de herstart in 2009, maar blijken nu te botsen met de NZa uitgangspunten/regelgeving.

Ten aanzien van de financiële situatie van het ziekenhuis brengt bezwaarde naar voren dat zij in 2009 is gestart met een negatief eigen vermogen van € [vertrouwelijk]. Inmiddels is dit verbeterd (inclusief de verwachte transitiefinanciering). De liquiditeitspositie en solvabiliteitspositie van het ziekenhuis blijven zeer kritisch. Met een weerstandsvermogen van € [vertrouwelijk] op 31 december 2014 en een operationeel resultaat van € [vertrouwelijk] over 2014 (exclusief vrijval lening) valt het ziekenhuis nog steeds onder bijzonder beheer bij de bank. De accountant geeft, in haar interim controle, aan dat er (nog) onvoldoende solvabiliteit aanwezig is voor een gedegen toekomstbestendigheid. Het operationeel resultaat tot en met juli 2015 is € [vertrouwelijk]. De verwachting is dat het resultaat over 2015 uitkomt op € [vertrouwelijk], wat betekent dat ook over 2015 geen toevoeging mogelijk is aan het weerstandsvermogen. Het moeten terug betalen van de transitiefinanciering geeft direct liquiditeitsproblemen voor het ziekenhuis.

Bezwaarde vraagt de NZa er mee rekening te houden dat het ziekenhuis geen gebruik heeft gemaakt van de derde tranche van de balanssteun.

B. STANDPUNT VAN DE VERZEKERAARS

De zorgverzekeraars brengen – kort weergegeven – naar voren dat zij met de zorgaanbieder een aanvullende afspraak heeft gemaakt voor het in loondienst nemen van specialisten (inclusief uitbreidingen) van € [vertrouwelijk]. De maximaal geïndexeerde schaduwbudgetafspraken is oorspronkelijk afgesproken op € [vertrouwelijk]. Nadat is gebleken dat hierin per abuis ook de honorariumcomponent B-segment is meegenomen is deze bijgesteld naar € [vertrouwelijk].

C. ACHTERGROND VAN HET BELEID

Alvorens in te gaan op de gronden van het bezwaar wordt de achtergrond van het toepasselijke beleid weergegeven. Specifiek zal de NZa daarbij beschrijven hoe tot 2011 het budget van een ziekenhuis werd vastgesteld. Daarna zal de NZa de systematiek van prestatiebekostiging bespreken en de werking van het transitiebedragmodel (hierna: transitiemodel).

C1 Tarief- en budgetregulering ziekenhuizen tot en met 2011

C1a *Het A- en B-segment*

De meeste tarieven voor de instellingen van medisch specialistische zorg (zoals algemene en universitaire ziekenhuizen) zijn sinds 2005 tarieven voor Diagnose-Behandeling-Combinaties (DBC's). Voor de tariefstelling van de DBC's is de ziekenhuiszorg verdeeld in twee segmenten: A en B.

C1b *Omzet in het B-segment*

Voor de DBC's in het B-segment gelden vrije tarieven. De hoogte van het kostenbedrag van deze DBC's bepaalt het ziekenhuis zelf, al dan niet in onderhandeling met een zorgverzekeraar. In 2009 is het B-segment uitgebreid tot circa 34% van de totale medisch specialistische zorg.

C1c *Omzet in het A-segment*

Voor de DBC's in het A-segment golden door de NZa vastgestelde tarieven die voor alle ziekenhuizen hetzelfde waren (zogenaamde vaste tarieven). Ziekenhuizen brachten voor de behandelingen in dit segment weliswaar DBC's in rekening bij zorgverzekeraars of patiënten, maar de opbrengsten daarvan dienden ter dekking van het door de NZa bepaalde budget (de aanvaardbare kosten). Niet de tariefopbrengst, maar de hoogte van het budget was voor de instellingen bepalend voor de omzet. De wijze waarop de omvang van het budget werd berekend, was opgenomen in de Beleidsregel aanvaardbare kosten.¹ Deze beleidsregel bepaalde uit welke posten de aanvaardbare kosten waren opgebouwd, en verwees voorts naar andere beleidsregels die de hoogte van elke van de posten bepaalden.

Een viertal categorieën van posten viel te onderscheiden:

- beschikbaarheidskosten (kosten die kunnen worden toegeschreven aan de beschikbaarheidsfunctie van het ziekenhuis);
- capaciteitsgebonden kosten (kosten waarvan in het budgetstelsel wordt aangenomen dat het ziekenhuis ze maakt naar rato van de capaciteit van het ziekenhuis);
- productiegebonden kosten (kosten waarvan wordt aangenomen dat ze variëren naar gelang de omvang van de dienstverlening); en
- kapitaallasten.

¹ Beleidsregel Aanvaardbare kosten, CI-1014.

C1d *Functiegerichte budgettering*

Voor deze posten gold de zogenaamde functiegerichte budgettering. De hoogte van de eerste drie categorieën posten werd berekend door de functies en omvang van de dienstverlening van het ziekenhuis uit te drukken in een aantal budgetparameters voor de posten beschikbaarheidskosten, capaciteitskosten, productiekosten, kosten voor bijzondere functies/voorzieningen, hartrevalidatie en 1^e-lijnskosten. Elke budgetparameter had een waardering in geld: het beleidsregelbedrag. Van elke budgetparameter werd het aantal vermenigvuldigd met het beleidsregelbedrag. De optelling van deze producten was het variabele deel van het functiegerichte ziekenhuisbudget.

Voor de categorie kapitaallasten zijnde afschrijvingen gold dat die per ziekenhuis deels werd vastgesteld op basis van landelijk uniforme parameters. Daarnaast werd deels nagecalculeerd op de werkelijke kosten. Hierbij werd in principe aangesloten bij de kosten volgens de jaarrekening, met de aanschafwaarde en de door de NZa vastgestelde afschrijvings-percentages als uitgangspunten. De kapitaallasten zijnde rentekosten werden vergoed op basis van een normeringmodel. Jaarlijks stelde de NZa een rentepercentage vast als norm voor het korte krediet. Daarnaast werd voor iedere nieuwe lening een normatief rentepercentage berekend.

C1e *Productieafspraken en nacalculatie*

Ten behoeve van de vaststelling van het ziekenhuisbudget maakten het ziekenhuis en de zorgverzekeraars in het zogenaamde lokaal overleg capaciteitsafspraken, productieafspraken en afspraken over lokale componenten. De productieafspraken vormden een door de instelling en zorgverzekeraar overeengekomen (voorcalculatorische) raming van de productie in enig jaar, uitgedrukt in geld. Het ziekenhuis en de zorgverzekeraar gezamenlijk konden tot uiterlijk 1 november productieafspraken indienen bij de NZa. Mede op basis van deze productieafspraken berekende de NZa de hoogte van het variabele deel van het budget. Uiterlijk op 1 juni van het daaropvolgende jaar moesten de zorgaanbieders de definitieve opgave van de werkelijke productie aanleveren bij de NZa (de nacalculatie). Het totaal aanvaardbare kosten werd aldus het resultaat van enerzijds door de NZa vastgestelde bedragen en parameterwaarden en anderzijds door de instelling en de zorgverzekeraars overeengekomen aantallen.

C1f *Opbrengstverrekening*

Uitgangspunt bij de functiegerichte budgettering was dat de inkomsten die het ziekenhuis ontvangt uit de declaraties van de DBC's in het A-segment aansluiten bij de aanvaardbare kosten. Om de inkomsten met de aanvaardbare kosten te laten overeenkomen, vond jaarlijks een verrekening plaats tussen het ziekenhuis en zorgverzekeraars: de zogenaamde opbrengstverrekening.

C2 Prestatiebekostiging en overgangsmaatregelen

C2a *Prestatiebekostiging*

Op 13 juni 2007 kondigde de Minister van VWS aan toe te willen naar de invoering van volledige prestatiebekostiging.² In de brief schetst de minister een vierjarig transitietraject voor de invoering van prestatiebekostiging. Onderdeel van deze overgang was een verbetering van de productstructuur. Doel was om te komen tot een vereenvoudigd systeem waarbij het aantal DBC's wordt teruggebracht.

Per 1 januari 2012 wordt het grootste gedeelte van de medisch specialistische zorg bekostigd via de prestatiebekostiging.³ In de plaats van een budget (in het A-segment) worden de ziekenhuizen vrijwel geheel betaald via de zorgprestaties (gedeclareerde zorgproducten in het A- en B-segment) die zij leveren.

C2b *Vrij, gereguleerd en vast segment*

Onder het systeem van de prestatiebekostiging bestaat er een vrij, een gereguleerd en een vast segment. Het vrije segment (het B-segment met vrije tarieven) is met de invoering van de prestatiebekostiging uitgebreid tot 70%. In het gereguleerde segment (het A-segment) gelden onder de prestatiebekostiging niet langer vaste tarieven, maar maximum tarieven. Dit betekent dat per 2012 ook in het A-segment de zorgaanbieder, in onderhandeling met de zorgverzekeraars, de tarieven zelf kan bepalen, mits de tarieven het gestelde maximum niet overschrijden. Ten slotte is er een vast segment met vaste jaarlijkse vergoedingen voor enkele bijzondere functies in de vorm van beschikbaarheidsbijdragen.⁴ De invoering van de prestatiebekostiging valt samen met de invoering van een vereenvoudigde productstructuur voor het DBC systeem. Voor de circa 30.000 DBC's zijn per 2012 circa 4.400 DBC-zorgproducten (DOT's) in de plaats gekomen.

C2c *Transitiebedragmodel*

De overgang van budgetbekostiging naar prestatiebekostiging brengt financiële en uitvoeringsrisico's met zich mee voor zowel instellingen en verzekeraars als de overheid. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen reguliere omzetrisico's en systeemrisico's. Systeemrisico's zijn de risico's die samenhangen met de technische verandering van het bekostigingssysteem. Reguliere omzetrisico's zijn gebruikelijke omzetverschuivingen, bijvoorbeeld als gevolg van verschuivingen van patiëntenstromen. In de brief 'zorg die loont' bespreekt de minister haar plannen voor een overgangsregeling voor een periode van twee jaar (2012 en 2013).⁵ Als overgangsregeling kiest de minister voor een 'transitiebedragmodel'. De overgangsregeling moet voorkomen dat als gevolg van de systeemrisico's ziekenhuizen in financiële problemen komen dan wel dat de macro-uitgaven onbedoeld stijgen.

² Brief 'waardering voor betere zorg' van de Minister aan de tweede kamer, d.d. 13 juni 2007.

³ Uitzonderingen zijn onder andere longrevalidatie en epilepsie.

⁴ Bijvoorbeeld voor traumazorg en post mortem orgaanuitname bij donoren.

⁵ Brief 'zorg die loont' van minister van VWS aan Tweede Kamer van 14 maart 2011, kenmerk CZ-IPZ3056686 (Kamerstukken II, 2010/11, 32620, nr. 6).

Reguliere omzetstijgingen en -dalingen blijven onder het overgangsmodel wel mogelijk.

C2d *Bestuurlijk Hoofdlijnenakkoord*

Gelijktijdig aan de overgang naar de prestatiebekostiging komen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en het Ministerie van VWS op 4 juli 2011 een bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 overeen waarin afspraken gemaakt worden over de structurele uitgavengroei en een doorontwikkelagenda voor de transitiejaren.

C3 Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg

C3a *Wet marktordening gezondheidszorg*

Op basis van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) kan de NZa tarieven vaststellen voor bepaalde prestaties. De Wmg bevat geen materiële normen voor de vast te stellen prestaties en tarieven. De materiële normering is vervat in de door de NZa vastgestelde beleidsregels.⁶ De Minister van VWS kan aan de NZa algemene aanwijzingen geven over de onderwerpen waarover de NZa beleidsregels kan vaststellen.

C3b *Aanwijzing overgang naar prestatiebekostiging*

Op 21 juli 2011⁷ ontvangt de NZa de aanwijzing van de Minister van VWS om van de bekostiging middels 'functiegerichte budgettering' zorgvuldig over te gaan naar de prestatiebekostiging. In de aanwijzing draagt de minister de NZa onder meer op voor de jaren 2012 en 2013 ambtshalve per zorgaanbieder een vaste grens voor de som van tarieven in het (oude) A-segment vast te stellen. Het is de ziekenhuizen niet toegestaan deze vaste grens te overschrijden.

C3c *Voorgenomen beleidsregel*

Op basis van de aanwijzing publiceert de NZa op 30 augustus 2011 een voorgenomen Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2037). Deze voorgenomen beleidsregel is opgesteld met inachtneming van het verantwoordingsdocument⁸ dat door de NZa is opgesteld na een consultatie van de sector over de veranderingen die vanaf 2012 ontstaan. In dit document is uiteengezet hoe de overgang van de functiegerichte budgettering naar de prestatiebekostiging binnen de medisch specialistische zorg wordt uitgevoerd. Op 1 september 2011 brengt de NZa de inhoud van het transitiemodel nader onder de aandacht van de ziekenhuizen, zorgverzekeraars en brancheorganisaties door middel van een circulaire (CI/11/28c 11D0031624).

⁶ Artikel 57 Wmg.

⁷ Aanwijzing van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 21 juli 2011, MC-U-3072825. Staatscourant 29 juli 2011, nr. 13950.

⁸ Verantwoordingsdocument Invoering prestatiebekostiging medisch specialistisch zorg; uitwerking van implementatie per 2012, juli 2011 (www.nza.nl).

C3d *Wetswijziging*

De voorgenomen beleidsregel kon pas van kracht worden als de wetswijziging van de Wmg op 1 januari 2012 had plaatsgevonden. Met deze wijziging is de NZa bevoegd geworden een vaste grens vast te stellen voor de som van de tarieven voor de betrokken prestaties.⁹ Deze bevoegdheid is ingevoerd om de kosten van de gezondheidszorg beter beheersbaar te maken.¹⁰ De NZa is daarnaast per 1 januari 2012 bevoegd een beschikbaarheidsbijdrage vast te stellen.¹¹

Deze bijdrage maakt bekostiging van zorgaanbieders mogelijk voor activiteiten en voorzieningen ten behoeve van de beschikbaarheid van vormen van zorg:

- a. waarvan de kosten voor de afzonderlijke prestaties niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar of in rekening te brengen zijn aan individuele zorgverzekeraars of verzekerden, of*
- b. waarbij een toerekening van de kosten naar tarieven marktverstoring zou werken, en*
- c. die niet op andere wijze worden bekostigd.*

Nadat de wetswijziging van kracht is geworden, stelt de NZa de beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg vast (BR/CU-2061).¹²

C3e *Aanwijzing beschikbaarheidsbijdragen*

Op 21 december 2011¹³ en 12 december 2012¹⁴ ontvangt de NZa een aanwijzing van de minister voor het verlenen van een beschikbaarheidsbijdrage aan instellingen die onder het transitie-model vallen. De beschikbaarheidsbijdragen zijn bedoeld voor ziekenhuizen die als het gevolg van de invoering van de prestatiebekostiging in 2012 en 2013 een lagere omzet ontvangen. Deze instellingen krijgen door de beschikbaarheidsbijdrage de kans hun exploitatie aan te passen zonder dat de levering van zorg in gevaar wordt gebracht.

C3f *Voorlopige en definitieve vaststelling*

In het periodiek bestuurlijk overleg van 7 februari 2013 tussen de partijen betrokken bij het bestuurlijk hoofdlijnenakkoord 2012-2015 werpen partijen bedenkingen op tegen de eenmalige vaststelling van de vaste grens per instelling. Partijen komen met het ministerie van VWS overeen dat de vaststelling van het transitiebedrag, dat met de vaste grens wordt berekend, in twee fasen zal plaatsvinden. Met deze afspraak willen de partijen die deelnemen aan het bestuurlijk overleg een deel van geconstateerde knelpunten, zoals de beoordeling van het onderhanden werk, wegnemen.

⁹ Artikel 50 lid 2 Wet marktordening gezondheidszorg.

¹⁰ Kamerstukken II 2009/10, 32 393, nr. 3.

¹¹ Wetsvoorstel Aanvulling instrumenten bekostiging Wet marktordening gezondheidszorg.

¹² Aan het veld bekend gemaakt met circulaire van 23 december 2011 (CI/11/55c 11D0057761).

¹³ Aanwijzing van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 21 december 2011, MC-3098541. Staatscourant 24 januari 2012, nr. 128.

¹⁴ Aanwijzing van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 12 december 2012, MC-U-3147126. Staatscourant 24 december 2012, nr. 26978.

De minister van VWS heeft de NZa gevraagd deze afspraken te volgen.¹⁵ In overeenstemming met dit verzoek heeft de NZa de vaststelling opgesplitst in een voorlopige vaststelling in 2013 en een definitieve vaststelling in 2014. Deze gesplitste vaststelling heeft de NZa neergelegd in een gewijzigde Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2107): hierna de beleidsregel.¹⁶

C4 Transitiemodel: De zorg die onder het model valt

C4a *Aanwijzing*

In de aanwijzing van de minister van 21 juli 2011 staat opgenomen dat onder het transitie-model vallen: die (delen van de) zorg in de zin van de Zorgverzekeringswet die in 2011 zou hebben behoord tot het A-segment en bekostigd zou zijn op basis van de beleidsregels van de zorgautoriteit met betrekking tot functiegerichte budgettering. Het transitie-model kent daarmee als uitgangspunt de bekostigingssystematiek (en dus de A- en B-segmentverdeling) zoals deze in 2011 van kracht was.

C4b *Tabel zorgprestaties onder transitie-model (kruisjestabel)*

Ter uitvoering van de aanwijzing diende de NZa een tabel op te stellen waaruit blijkt welk zorgproduct in welk segment is ingedeeld. Dit omdat in 2012 het B-segment is uitgebreid naar 70% en de DOT's zijn ingevoerd. Voor elk zorgproduct (DOT) moest worden aangegeven of dit zorgproduct wel of niet onder het transitie-model valt. Omdat er geen één-op-één conversie van DBC's naar DOT mogelijk is, heeft de NZa gekozen om geen conversietabel te hanteren, maar een tabel waarmee elke DOT gelabeld is: binnen of buiten transitie-model. Dit is de "tabel zorgprestaties onder transitie-model". Deze oplossing is op 12 juli 2011 in een technisch overleg aan de brancheorganisaties voorgelegd. De tabel is onderdeel van de Beleidsregel Prestaties en tarieven medisch specialistische zorg (BR/CU-2035).¹⁷ In het veld wordt deze tabel omschreven als de kruisjestabel. De NZa spreekt daarom hierna ook van de kruisjestabel.

Om te komen tot de kruisjestabel heeft de NZa een onderscheid gemaakt tussen de overloop-DBC's 2011-2012 (DBC's die in 2011 zijn geopend en in 2012 zijn gesloten) en de DOT's die in 2012 gelden. Van deze zorgproducten heeft de NZa de volgende, onder respectievelijk buiten het transitie-model geschaard:

Overloop-DBC's 2011-2012:

- DBC-A Betreft het oude A-segment. Hiervoor gelden vaste tarieven. Deze vallen onder het transitie-model.
- DBC-B Betreft het oude B-segment. Hiervoor gelden vrije tarieven. Deze vallen buiten het transitie-model.

¹⁵ Brief van 26 april 2013 met het kenmerk 113209-102820-CZ.

¹⁶ Bekend gemaakt met circulaire CI/13/9c van 11 februari 2013.

¹⁷ Deze beleidsregel is achtereenvolgend vervangen door de beleidsregels met de kenmerken: BR/CU-2045, BR/CU-2076, BR/CU-2078, BR/CU-2081, BR/CU-2102, BR/CU-2104, BR/CU-2108, BR/CU-2111, BR/CU-2121, BR/CU-2130 en BR/CU-2125. De kruisjestabel is in de latere beleidsregels niet gewijzigd.

DOT's 2012:

- DOT A Betreft het nieuwe A-segment waarvoor maximum-prijzen gelden. Deze vallen onder het transitie­model.
- DOT-B-oud Deze DOT's vallen buiten het transitie­model.
- DOT-B-nieuw Deze DOT's vallen onder het transitie­model.

C4c *De (kruisjes)tabel voor DOT-B*

Voor de indeling van de DOT's in DOT-B-oud of DOT-B-nieuw is door de NZa gekozen voor een financiële benadering, ten opzichte van een zorginhoudelijke benadering. De NZa heeft aangesloten bij de omvang (in €) van de omzet in het oude B-segment (34%).

Van de totale DOT's die in 2012 onder het B-segment vallen zijn alle DOT's gefilterd waarvan kon worden vastgesteld dat de omzet hiervan onder de DBC-systematiek in 2011 ook volledig tot het B-segment behoorden. Deze groep omvatte ongeveer 1/3 van de totale omzet in het DOT-B-segment (284 zorgproducten). Deze groep bevat daarmee automatisch producten die 100% zorginhoudelijk aansluiten bij het B-segment 2011.

Van de resterende DOT's is gekeken welk aandeel van de omzet (macro) uit het B-segment komt. Dit is gebeurd op basis van destijds beschikbare gegevens van DBC-Onderhoud. De DOT's zijn vervolgens gerangschikt op het percentage waarmee zij (macro) tot het B-segment behoorden in 2011. De NZa heeft de DOT's met de hoogste B-segmentpercentages uit het transitie­model gehaald totdat de 34% van het totaal aan DOT's was bereikt. Ook deze producten komen, via de gekozen benadering, voor een groot deel (echter niet 100%) zorginhoudelijk overeen met het B-segment in 2011. De resterende DOT's zijn als DOT-B-nieuw onder het transitie­model geschaard.

In totaal zijn van de DOT's die in 2012 tot het B-segment behoren 687 DOT's aangemerkt als DOT-B-oud (en daarmee buiten het transitie­model geplaatst). De resterende DOT's B-segment 2012 vallen wel onder het transitie­model.

C4d *Gevolgen van de (kruisjes)tabel op instellingsniveau*

Per instelling kan de omvang van het gedefinieerde 'oude' B-segment bij toepassing van de lijst afwijken ten opzichte van het eigen B-segment van 2011. Een voorbeeld: DOT X kan zorg omschrijven die overeenkomt met twee DBC's die onder het A-segment vielen en 2 DBC's die onder het B-segment vielen. Dat betekent ook dat DOT X, afhankelijk van de productmix van het ziekenhuis, voor het ene ziekenhuis grotendeels een herkomst kan hebben in het oude A-segment, en voor het andere ziekenhuis in het oude B-segment.

In een circulaire van 1 september 2011¹⁸ heeft de NZa er daarom op gewezen dat, binnen de kaders van de beleidsregel, op lokaal niveau desgewenst een budgetaanpassing in het schaduwbudget kan worden afgesproken.

¹⁸ Circulaire van 1 september 2011 (CI/11/28c).

Dit kan conform beleid door middel van een schoning of ophoging van de parameters, waarbij de grens ligt bij de gerealiseerde productie. Er mogen in het schaduwbudget geen hogere aantallen dan de gerealiseerde productie worden opgevoerd.

C5 Transitiemodel: De berekening van de vaste grens en het transitiebedrag

C5a *Transitiebedrag*

Door de NZa wordt (per instelling) een transitiebedrag vastgesteld. Dit bedrag wordt eerst voorlopig, en later definitief vastgesteld. Dit bedrag kan zowel positief als negatief zijn.

Het transitiebedrag is het verschil tussen de omzet onder de prestatiebekostiging en de omzet die behaald zou zijn onder de oude budgetteringssystematiek (het schaduwbudget). Hierbij sluit de NZa aan bij de omzet uit één boekjaar; namelijk het jaar 2012.

Transitiebedrag = schaduwbudget – omzet uit prestatiebekostiging.

C5b *Verrekenbedrag*

Per transitiejaar wordt het transitiebedrag grotendeels verrekend. De uitkomst van de verrekening wordt het verrekenbedrag genoemd. De NZa stelt het verrekenbedrag per instelling vast door het transitiebedrag te vermenigvuldigen met een verrekenfactor. Voor het jaar 2012 95% en voor het jaar 2013 70%. Ook de verrekenbedragen kunnen zowel positief als negatief uitvallen.

Verrekenbedrag = transitiebedrag * verrekenfactor (0.70 of 0.95).

C5c *Vaste grens*

Per instelling stelt de NZa een vaste grens in de zin van artikel 50, tweede lid, onder a Wmg vast. De vaste grens is gelijk aan de omzet uit de prestatiebekostiging (van de zorgproducten die onder het transitiemodel vallen) plus het verrekenbedrag.¹⁹

C5d *Negatief verrekenbedrag*

Als het verrekenbedrag negatief is, betekent dit dat de vaste instellingsgrens is overschreden. De instelling heeft in een dergelijk geval een te hoge gerealiseerde omzet uit de prestatiebekostiging. Het is zorgaanbieders verboden van een door de NZa vastgestelde grens af te wijken.²⁰ Wanneer een zorgaanbieder de grens toch overschrijdt, verplicht de NZa die zorgaanbieder door middel van een aanwijzing een bedrag ter hoogte van de overschrijding af te dragen aan het Zorgverzekeringsfonds.²¹

¹⁹ Beschikking Transitiebedrag 14 december 2011 TB/CU 2004-01 en Beschikking Transitiebedrag 27 november 2012 TB/CU 2008-01.

²⁰ Artikel 35 lid 7 aanhef en onder a Wmg.

²¹ art. 76 lid 2 Wmg

C5e *Positief verrekenbedrag*

Als de verrekenbedragen positief zijn, betekent dit dat de instelling een lagere omzet uit de prestatiebekostiging heeft behaald dan dat zij onder de functiegerichte budgettering zou hebben verkregen.

Deze instellingen worden door de NZa aangewezen als belast met een dienst van algemeen economisch belang als bedoeld in artikel 106, tweede lid, van het Verdrag betreffende de werking van de Europese unie en/of belang als bedoeld in Protocol nr. 26 bij het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie.²² Voor deze instellingen acht de NZa het van belang dat de levering van de zorg niet als het gevolg van de verandering in de bekostigingssystematiek in gevaar komt. De instellingen ontvangen een subsidie in de vorm van een beschikbaarheidsbijdrage tot de hoogte van de positieve verrekenbedragen. Het bedrag kan door de instelling in rekening worden gebracht bij het Zorginstituut Nederland (voorheen College van Zorgverzekeringen) voor uitkering uit het Zorgverzekeringsfonds.

C6 Formulier Vaststelling Transitiebedrag 2012C6a *Informatieverplichting*

Voor de berekening van het transitiebedrag heeft de NZa een informatieverplichting op grond van artikel 36, derde lid en de artikelen 62 jo. 68 Wmg aan de instellingen opgelegd.²³ Instellingen dienden volgens de beleidsregel die begin 2014 van kracht was en de Regeling NR/CU-233 uiterlijk 1 juni 2013 een formulier Vaststelling Transitiebedrag 2012 bij de NZa aan te leveren ten behoeve van de vaststelling van de voorlopige verrekenbedragen.²⁴ Met het formulier moeten de instellingen opgave doen van de omzet uit de prestatiebekostiging en het schaduwbudget. Op verzoek van NVZ, NFU en ZN heeft de NZa deze indieningstermijn verschoven naar 1 september 2014.²⁵ De nieuwe indieningstermijn is door de NZa neergelegd in de gewijzigde Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2107).

Voor de vaststelling van het definitieve transitiebedrag en de daaruit voortvloeiende definitieve verrekenbedragen moesten de instellingen op 1 september 2014 wederom een formulier Vaststelling Transitiebedrag aanleveren. Als in deze beslissing wordt gesproken over het formulier Vaststelling Transitiebedrag wordt daarmee het formulier bedoeld ten behoeve van de definitieve vaststelling.

C6b *Tweezijdig ondertekend formulier*

Uitgangspunt is dat de opgave mede door de zorgverzekeraars wordt gedaan (tweezijdig).

²² Aanwijzing van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 21 december 2011, MC-3098541. Staatscourant 24 januari 2012, nr. 128.

²³ Regeling Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (NR/CU-233), per 1 september 2013 vervangen door NR/CU-236.

²⁴ Regeling Transitie bekostigingsstructuur medisch specialistische zorg (NR/CU-233).

²⁵ Circulaire CI/13/21c van 24 mei 2013.

C6c *Één eenzijdig ondertekend formulier*

Indien de NZa het formulier alleen van de instelling ontvangt geeft de NZa de zorgverzekeraars vier weken de tijd om alsnog tot een tweezijdige opgave te komen of een reactie te geven op de eenzijdige indiening van de zorgaanbieder. Ontvangt de NZa geen reactie dan wordt uitgegaan van de eenzijdige opgave van de instelling.

C6d *Twee eenzijdig ondertekende formulieren*

In het geval dat de NZa twee eenzijdige opgaven ontvangt (één van de aanbieder en één van de verzekeraar) verwerkt de NZa de per parameter laagst ingediende opgave. De NZa kan anders besluiten op basis van de beleidsregel of bijzondere omstandigheden.

C6e *Centraal Team Zorgverzekeraars*

De NZa is in het Bestuurlijk Overleg van 13 juni 2013 tussen de partijen die betrokken zijn bij het Hoofdlijnenakkoord op de hoogte gebracht dat ZN met de NFU en NVZ heeft afgesproken dat de zorgverzekeraars de formulieren gezamenlijk afhandelen.²⁶ Het team dat de formulieren bekijkt namens de zorgverzekeraars bestaat uit verschillende medewerkers van de individuele zorgverzekeraars en werkt onder begeleiding van de brancheorganisatie ZN. Het team staat bekend als het 'Centraal Team'. Op 11 juni en 25 augustus 2014 heeft de NZa machtigingen van het Centraal Team ontvangen waaruit blijkt dat zij de zorgverzekeraars vertegenwoordigen in het kader van de aanlevering van de formulieren ter vaststelling van het transitiebedrag alsmede in de onderhavige bezwaarprocedure.

C7 De omzet uit de prestatiebekostiging

C7a *Berekenen van de omzet*

Onder de prestatiebekostiging is de omzet van een zorgaanbieder gelijk aan de prijs per (zorg)prestatie en het aantal keer (volume) dat hij deze prestatie levert. Over de prijs en het volume maken de zorgaanbieders met de zorgverzekeraars afspraken.

Artikel 11 van de beleidsregel bepaalt dat de omzet uit de prestatiebekostiging voor het jaar 2012 gelijk is aan de som van:

- (1) Tariefopbrengst DBC-A die overlopen uit 2011, minus het onderhanden werk per ultimo 2011;
- (2) Tariefopbrengst DOT-Bnieuw voor producten geopend en gesloten in jaar 2012;
- (3) Onderhanden werk DOT-Bnieuw voor producten geopend in 2012 en gesloten in 2013
- (4) Tariefopbrengst DOT-A2012 voor producten geopend en gesloten in 2012;
- (5) Onderhanden werk DOT-A2012 voor producten geopend in 2012 en gesloten in 2013;

²⁶ Memo ZN aan Bestuurlijk overleg Hoofdlijnenakkoord van 7 juni 2013 met het kenmerk N-13-7075mred1.

C7b *Handreiking omzetverantwoording*

Begin 2013 blijkt dat de financiële verantwoording over de omzet van 2012 door verschillende elementen complexer is dan in voorgaande jaren. VWS merkt op dat het bepalen van de omzetbepaling wegens bijvoorbeeld nieuwe contractvormen (zoals aanneemsommen) tot problemen leidt.²⁷ Dit leidt ertoe dat de NFU en NVZ in overleg met ZN, OMS, ZKN, NZa en (de vertegenwoordigers van) de accountants het document 'Handreiking omzetverantwoording 2012' opstellen. Uit dit document volgen richtlijnen hoe de instellingen in hun jaarrekening met verschillende omzetelementen moeten omgaan. De NZa heeft bij het tot stand komen van de handreiking erop toegezien dat de inhoud van de handreiking in overeenstemming is met de NZa-regelgeving. De NZa heeft in haar circulaire van 11 februari 2013 bevestigd dat de handreiking een juiste aanvulling en toelichting op de NZa beleidsregels en nadere regels betreft.²⁸

C8 De omzet uit de oude budgetteringssystematiek (schaduwbudget)

De hoogte van het schaduwbudget wordt opgebouwd uit vier categorieën kosten: beschikbaarheidskosten, capaciteitsgebonden kosten, productiegebonden kosten en kapitaallasten. Dit betekent dat de NZa de systematiek van budgetopbouw en –vaststelling, zoals deze van toepassing was in 2011, continueert voor de vaststelling van het schaduwbudget 2012.

In tegenstelling tot 2011 is er bij de vaststelling van het schaduwbudget geen sprake van productieafspraken vooraf, waarover na de sluiting van het boekjaar een nacalculatie plaatsvindt. Onder het transitie-model wordt alleen op het moment van afloop van het boekjaar (2012) een schaduwbudgetopgave van de instellingen (en de zorgverzekeraar) gevraagd. Het is voor instellingen en zorgverzekeraars echter onverminderd mogelijk om al voorafgaand aan – dan wel gedurende – het boekjaar afspraken te maken over het (schaduw)budget. Dit wordt door de NZa alleen niet voorgeschreven. Het beleid van de NZa biedt de ruimte om dergelijke afspraken uit het lokaal overleg over volume-eenheden mee te nemen bij de vaststelling van het schaduwbudget.²⁹ Voor de vaststelling van het schaduwbudget 2012 worden deze volume-eenheden vermenigvuldigd met de in artikel 48 van de beleidsregel opgenomen parameterwaarden. Deze parameterwaarden zijn gelijk aan die van 2011, zij het geïndexeerd.

Overigens kunnen ook componenten die niet in de Beleidsregel voorkomen, maar wel structureel in het budget opgenomen zijn, in het schaduwbudget worden meegenomen.³⁰

²⁷ Brief van VWS van 8 februari 2013 met het kenmerk CZ-3154516.

²⁸ Circulaire van 11 februari 2013 (CI/13/9c).

²⁹ Paragraaf 47.2 van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg, BR/CU-2107.

³⁰ Paragraaf 13 van de Beleidsregel Transitie Bekostigingsstructuur Medisch specialistische zorg (BR/CU-2107.)

C8a *Specialisteneenheden*

De Beleidsregel bepaalt in paragraaf 54.2 dat het schaduwbudget kan worden aangepast in verband met wijzigingen in het aantal specialisteneenheden wanneer daarover in het lokaal overleg overeenstemming bestaat.

C8b *Productieafspraken versus realisatie*

Het schaduwbudget wordt begrensd door de daadwerkelijke realisatie. Het is instellingen niet toegestaan hogere parameters op te voeren dan zijn gerealiseerd. Het is met andere woorden niet mogelijk een budgetvergoeding te vragen voor niet geleverde productie. Wel is het mogelijk een lagere budgetvergoeding te vragen dan daadwerkelijk is geproduceerd.

De toets of er niet meer productie wordt opgevoerd dan gerealiseerd vindt plaats op de individuele parameters. In het Formulier Vaststelling Transitiebedrag wordt op de regel 'overeengekomen nog te verwerken nacalculatieproductie 2011' de zorgverzekeraar en zorgaanbieder vervolgens de ruimte geboden voor het verwerken van een civielrechtelijke afspraak over een aftrek op het productiebudget. Dit in het geval zorgaanbieder en zorgverzekeraar zijn overeengekomen dat minder dan de gerealiseerde productie wordt vergoed. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer partijen een lumpsumafpraak of plafondatafpraak hebben gemaakt over de te leveren productie 2012 en de realisatie hierbovenuit komt.

Er bestaat vanuit het beleid van de NZa geen verplichting tot het maken van dergelijke afspraken. De NZa verwerkt de post daarom alleen als de (civielrechtelijke) afspraak door beide partijen wordt erkend.

D. BEOORDELING VAN HET BEZWAAR

De NZa heeft op basis van een tweezijdig ondertekend formulier Definitieve Vaststelling Transitiebedrag 2012 aan het ziekenhuis twee beschikkingen afgegeven met negatieve verrekenbedragen. Voor 2012: € [vertrouwelijk] en voor 2013: € [vertrouwelijk]. In totaal moet het ziekenhuis € [vertrouwelijk] aan het Zorgverzekeringsfonds betalen.

D1 Voorlopige verrekenbedragen

Het bezwaar is oorspronkelijk ingesteld tegen de besluiten van 3 februari 2014 waarin de voorlopige verrekenbedragen zijn vastgesteld. De besluiten dragen de kenmerken:

- 0100310-NT-2012-Z4T-VT01 (voorlopig verrekenbedrag 2012)
- 0100310-NT-2013-Z4T-VT01 (voorlopig verrekenbedrag 2013)

Op 20 juli 2015 heeft de NZa de definitieve verrekenbedragen vastgesteld.

In het besluit 010310-NT-2012-Z4T-DT01, waarin het definitieve verrekenbedrag 2012 is vastgesteld, is besloten: "*dat de voorlopige beschikking beschikbaarheidsbijdrage positief verrekenbedrag 2012/aanwijzing negatief verrekenbedrag 2012 kenmerk 0100310-NT-2012-Z4T-VT01, wordt vervangen door de onderhavige beschikking*".

In het besluit 010310-NT-2013-Z4T-DT01, waarin het definitieve verrekenbedrag 2013 is vastgesteld, is besloten: "*dat de voorlopige beschikking beschikbaarheidsbijdrage positief verrekenbedrag 2013/aanwijzing negatief verrekenbedrag 2013 kenmerk 0100310-NT-2013-Z4T-VT01, wordt vervangen door de onderhavige beschikking*".

Omdat de besluiten van 3 februari 2015 zijn vervangen door de besluiten van 20 juli 2015 heeft bezwaarde geen verder procesbelang bij haar bezwaar gericht tegen de voorlopige verrekenbedragen. De NZa verklaart het bezwaar voor zover gericht tegen de voorlopige verrekenbedragen daarom niet-ontvankelijk.

Op grond van artikel 6:19 van de Algemene wet bestuursrecht acht de NZa het bezwaar mede gericht tegen de besluiten van 20 juli 2015 waarin de definitieve verrekenbedragen zijn vastgesteld. Hieronder gaat de NZa in op de bezwaren voor zover gericht tegen de definitieve verrekenbedragen.

D2 Specialisteneenheden

In het formulier hebben de zorgverzekeraars en bezwaarde onder de overige mutaties twee posten opgevoerd welke volgens bezwaarde als onderdeel van het schaduwbudget verwerkt moeten worden:

1. € [vertrouwelijk] teneinde de schoning van 2009 (A+B) ongedaan te maken³¹
2. € [vertrouwelijk] teneinde de schoning van 2009 (B) terug in de rekenstaat te zetten (berekend naar verhouding A-B 2012).

De NZa kan bezwaarde hierin niet volgen. Hieronder wordt dit toegelicht.

D2a *Schoning B-segment*

In de rekenstaat 2012 staan nu op regel 28 Aftrek loonkosten m.b.t. DBC-B onder meer de volgende (voor het bezwaar relevante) schoningsposten als onderdeel van het schaduwbudget opgenomen:

- Aftrek med. specialisten in loondienst	€ [vertrouwelijk]
- Aftrek med. spec. in loondienst 2008	€ [vertrouwelijk]
- Aftrek med. spec. in loondienst 2009	€ [vertrouwelijk]
- Overloop med. spec. in loondienst 2008	€ [vertrouwelijk]
- Overloop med. spec. In loondienst 2009	€ [vertrouwelijk]
	<i>Totaal € [vertrouwelijk]</i>

Deze posten hebben te maken met de uitbreiding van het B-segment die heeft plaatsgevonden.

³¹ In het formulier staat € [vertrouwelijk] vermeld. Bezwaarde heeft in de een later schrijven bevestigd dat dit bedrag verkeerd is. Het gaat om € [vertrouwelijk], hetgeen aansluit bij de rekenstaat 2012.

Bij de uitbreiding van het B-segment was het noodzakelijk ook de medisch specialisten die behandelingen in het B-segment verrichten uit het budget te schonen. Deze schoningen zijn eenmalig in het budget doorgevoerd en maken ook onderdeel uit van het schaduwbudget. Het is in beginsel niet mogelijk om op een later moment de schoning B-segment aan te passen. Het beleid schrijft uitdrukkelijk voor dat deze schoning eenmalig wordt vastgesteld en dat er niet op wordt nagecalculeerd.³² De omvang van de schoning 2009 is destijds vrij onderhandelbaar gesteld in het lokaal overleg.

D2b Bezwaar

Bezwaarde heeft naar voren gebracht dat in de schoning 2009 niet alleen de uitbreiding van het B-segment is meegenomen, maar eveneens de medisch specialisten die vanaf dat jaar als vrijgevestigd werden behandeld. Omdat deze specialisten per 1 januari 2012 weer volwaardig in het (schaduw)budget opgevoerd worden, nu zij in loondienst zijn gekomen, moet deze 'vrijgevestigde' schoning ongedaan worden gemaakt.

De NZa begrijpt het verzoek van bezwaarde zo, dat bezwaarde ten eerste de NZa verzoekt om de volledige schoning van medisch specialisten over de jaren 2008 en 2009 in de rekenstaat ongedaan te maken. De hierboven weergegeven € [vertrouwelijk]. Ten tweede verzoekt bezwaarde de NZa om op basis van de huidige verhoudingen A- en B-segment een nieuwe herijkte schoning B-segment van totaal € [vertrouwelijk] in het schaduwbudget op te nemen. Met andere woorden verzoekt bezwaarde de NZa de schoning van € [vertrouwelijk] (vrijgevestigde specialisten + specialisten B-segment) te verlagen met € [vertrouwelijk] (vrijgevestigde specialisten) tot een bedrag van € [vertrouwelijk] (specialisten B-segment).

D2c Oordeel NZa

De NZa stelt vast dat bezwaarde in 2009 met de zorgverzekeraars is overeengekomen de medisch specialisten, met uitzondering van de revalidatieartsen, te behandelen alsof zij vrijgevestigd waren. In plaats van de loondienstcomponenten op regel 24 in de rekenstaat aan te passen heeft bezwaarde (met de zorgverzekeraars) de verlaging in de nacalculatie 2009 opgevoerd op de post schoning B-segment 2009 (regel 28 van de rekenstaat). Deze post ziet op de schoning van de medisch specialisten in verband met de uitbreiding van het B-segment in 2009. Bezwaarde verzoekt de NZa nu deze budgetverlaging in 2012 weer ongedaan te maken. Hiertoe heeft bezwaarde een berekening aan de NZa overgelegd.

De NZa stelt vast dat per 2012 de medisch specialisten weer volledig in loondienst zijn bij bezwaarde. Hiervoor dient dan ook een vergoeding in het budget van bezwaarde te worden opgenomen. Deze budgetvergoeding is op regel 24 van de rekenstaat verwerkt.

³² Artikel 2.3 van de beleidsregel Definitieve opschoning budget in verband met uitbreiding B-segment 2009, CI-1089.

De NZa stelt vast dat de door bezwaarde in het formulier Vaststelling Transitiebedrag 2012 opgevoerde mutaties van fte's voor medisch specialisten in loondienst ertoe hebben geleid dat op regel 24 van de rekenstaat voor enkele specialisten een negatieve loonvergoeding staat opgenomen. Dit effect is bij de NZa onopgemerkt gebleven. De NZa heeft daarom de juistheid van de opgave niet bij bezwaarde geverifieerd alvorens het transitiebedrag ambtshalve vast te stellen. Navraag over deze posten had, waren zij door de NZa opgevallen, wel in de rede gelegen. De NZa heeft daarom bezwaarde in de gelegenheid gesteld om de opgave in samenspraak met de zorgverzekeraars nader te verantwoorden. Deze verantwoording heeft de NZa op 11 april 2016 ontvangen.

Naar aanleiding hiervan herzielt de NZa de loonkostenvergoeding van de medisch specialisten op regel 24 van de rekenstaat. De vergoeding wordt met € [vertrouwelijk] verhoogd.

De NZa stelt verder vast dat de vergoeding van de medische specialisten zoals opgenomen op regel 24 van de rekenstaat daarnaast op regel 28 van de rekenstaat weer gedeeltelijk ongedaan wordt gemaakt. De verlaging die in 2009 is doorgevoerd dient dan ook per 2012 stop te worden gezet. De NZa komt daarom tegemoet aan het verzoek van bezwaarde om de verlaging in het budget per 2012 ongedaan te maken. De NZa stemt echter niet in met de berekening die bezwaarde hiervoor heeft opgevoerd.

In de berekening van bezwaarde zijn naast de schoning B-segment 2009 ook andere posten schoning B-segment betrokken. Bezwaarde past het totaal van deze posten aan door hierop de huidige verdeling A- en B-segment (anno 2012) toe te passen. Dit is onder het beleid van de NZa niet toegestaan. De schoning B-segment is in beginsel eenmalig vastgesteld en wordt op een later moment niet (via nacalculatie) aangepast. De NZa kan de berekening van bezwaarde dan ook niet hanteren als uitgangspunt voor het herstel van de budgetverlaging.

De NZa heeft een eigen berekening gemaakt, teneinde de 'vrijgevestigde' schoning per 2012 ongedaan te maken. In de berekening van de NZa worden de schoningen die te maken hebben met de uitbreiding B-segment niet gewijzigd. Hieronder wordt de berekening toegelicht.

Uit de nacalculatie 2009 van bezwaarde komt naar voren dat bezwaarde voor de schoning naar aanleiding van de uitbreiding B-segment 2009 een bedrag aan aftrek medisch specialisten in loondienst 2009 heeft opgevoerd van € [vertrouwelijk]. Dit bedrag is door de NZa verwerkt op regel 28 (schoning B-segment 2009) van de rekenstaat. Uit de Excel-versie van het nacalculatieformulier 2009 blijkt dat bezwaarde voor haar berekening van het opgevoerde bedrag van € [vertrouwelijk] van de volgende achterliggende som is uitgegaan: € [vertrouwelijk] – € [vertrouwelijk] + € [vertrouwelijk] + € [vertrouwelijk]. In haar brief van 6 november 2015 heeft bezwaarde toegelicht hoe deze berekening is opgebouwd.

Blijkens de toelichting van bezwaarde hebben de bedragen de volgende oorsprong:

- € [vertrouwelijk] is de schoning B-segment zoals deze ook is opgenomen in het 'schoningsformulier definitieve schoning budgetten 2009'.
- € [vertrouwelijk] is de verlaging van de loonkosten zoals deze zijn opgenomen op regel 24 van de rekenstaat 2009 van de medisch specialisten, omdat deze als vrijgevestigde werden beschouwd.
- € [vertrouwelijk] is de loonkosten van de revalidatieartsen. Zij bleven in loondienst.
- € [vertrouwelijk] is de schoning B-segment 2008, teneinde deze niet dubbel mee te nemen.

De NZa stelt vast dat de schoning B-segment 2009 van bezwaarde anno 2009 (voor indexatie) € [vertrouwelijk] bedroeg. De schoning B-segment betreft anno 2012 (voor indexatie) een bedrag van € [vertrouwelijk] ($€ [vertrouwelijk] * 1.0342 * 1.0175 * 1.0311 = € [vertrouwelijk]$).

Op de regel Aftrek medisch specialisten in loondienst 2009 staat nu in de rekenstaat 2012 (voor index) een bedrag van € [vertrouwelijk] opgenomen. De NZa stelt vast dat hiervan een bedrag van € [vertrouwelijk] ziet op de verlaging van het budget in verband met het als vrijgevestigd beschouwen van de medisch specialisten ($€ [vertrouwelijk] - € [vertrouwelijk]$).

Gezien het voorgaande verklaart de NZa het bezwaar gegrond. Het schaduwbudget wordt met € [vertrouwelijk] + € [vertrouwelijk] ($€ [vertrouwelijk] + \text{index}$) verhoogd tot een bedrag van € [vertrouwelijk] ($€ [vertrouwelijk] + € [vertrouwelijk] + € [vertrouwelijk]$).

D3 Restpost specialisteneenheden

Bezwaarde voert aan dat met de zorgverzekeraars een schaduwbudgetafspraken over de loondienstencomponent van € [vertrouwelijk] te zijn overeengekomen (de vrijgevestigd specialisten à € [vertrouwelijk] en de voormalig loondienst-specialisten à € [vertrouwelijk]). Teneinde dit bedrag te bereiken heeft bezwaarde € [vertrouwelijk] onder de overige mutaties opgevoerd. Deze post is, aldus bezwaarde, ten onrechte niet door de NZa gehonoreerd.

De NZa kan bezwaarde hierin niet volgen.

D3a *Contracten tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar.*

Het beleid van de NZa schrijft voor dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken ten aanzien van het schaduwbudget. Het is onder het transitie-model niet voorgeschreven dat dit in de vorm van productieafspraken moet plaatsvinden, waarop vervolgens eerst voorlopig en daarna definitief wordt nagecalculeerd (zoals onder de functiegerichte budgettering wel het geval was).

Onder het transitie­model is slechts sprake van 1 opgave: de opgave schaduw­budget.

Het beleid van de NZa heeft verder geen regels over wanneer de afspraken die zorgaanbieders en verzekeraars kunnen maken over het schaduw­budget moeten plaatsvinden. Het staat ziekenhuizen en zorgverzekeraars vrij om productieafspraken vooraf te maken en hier hun schaduw­budget uit af te leiden, dan wel achteraf een schaduw­budget overeen te komen. Het beleid van de NZa schrijft slechts voor dat van het schaduw­budget uiterlijk 1 september 2013 bij de NZa opgave wordt gedaan ten behoeve van de voorlopige vaststelling van het transitie­bedrag.

In de praktijk blijken instellingen veelal productieafspraken te hebben gemaakt waar zij hun schaduw­budgetafpraak uit afleiden. Deze productieafspraken zijn neergelegd in verschillende vormen. Er zijn ziekenhuizen die met hun afspraken met de zorgverzekeraars hebben aangesloten bij de oude budgetteringssystematiek, ziekenhuizen die budgetplafonds hebben afgesproken en ziekenhuizen die lumpsumafspraken hebben gemaakt.

D3b *Beleid: schaduw­budget*

De vervolgvraag is hoe de gemaakte afspraak vertaald dient te worden naar de vaststelling van een schaduw­budget. Over de inhoud van een schaduw­budget heeft de NZa beleid vastgesteld waaraan de NZa toetst. De NZa honoreert geen afspraken tussen zorgverzekeraars en de zorgaanbieder die strijdig zijn met het beleid van de NZa. Het is daarom van belang dat zorgaanbieders en verzekeraars bij het maken van afspraken in ogenschouw nemen dat de afspraak (per individuele budget­component) niet hoger wordt dan het schaduw­budget op grond van het beleid van de NZa mag zijn.

Onder het beleid van de NZa bestaat een schaduw­budget uit een viertal categorie posten: beschikbaarheidskosten, capaciteitsgebonden kosten, productiegebonden kosten en kapitaallasten. Binnen de eerste drie categorieën kosten bestaat ruimte voor de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder om instellings­specifieke afspraken te maken. Deze afspraken kunnen onder andere worden neergelegd in de aantallen specialisteneenheden.

D3c *Afspraak van bezwaarde*

De NZa stelt vast dat door bezwaarde en de zorgverzekeraar een afspraak is gemaakt over de hoogte van de specialisten­vergoeding per specialisteneenheid. De vrijgevestigd specialisten à € [vertrouwelijk] en de voormalig loondienst­specialisten à € [vertrouwelijk]. Deze afspraak mag niet opgenomen worden in het schaduw­budget en is daarmee in strijd met het beleid van de NZa opgevoerd. De vrijheid die de beleidsregel het lokaal overleg biedt ten aanzien van de specialisten­plaatsen is beperkt tot het aantal eenheden die voor de budget­berekening worden gebruikt (met een maximum op het daadwerkelijk aantal specialisteneenheden die in dienst zijn bij het ziekenhuis).

De beleidsregel schrijft vervolgens per medisch specialist een beleidsregelwaarde voor waarop het budgetonderdeel van de medisch specialist wordt berekend. Het is niet toegestaan van deze voorgeschreven waardes af te wijken. De beleidsregel is op dit punt onveranderd ten opzichte van het beleid dat onder de functiegerichte budgettering van kracht was.

Juist van een instelling die, zoals bezwaarde zelf aangeeft, geen ruimte in haar vermogen heeft om onverwachte tegenvallers op te vangen, mag een hogere mate van zorgvuldigheid worden verwacht ten aanzien van de afspraken die zij maakt. Het had op de weg van bezwaarde gelegen zich te verzekeren van de mogelijkheden die het beleid van de NZa wel en niet biedt. Dat bezwaarde en de zorgverzekeraars een afspraak hebben opgevoerd die in strijd is met het beleid van de NZa komt voor haar eigen rekening en risico.

Ook de situatie dat bezwaarde de gemaakte lumpsumafpraak niet kan vullen met andere budgetparameters is een omstandigheid die voor haar eigen rekening en risico komt. Het is niet mogelijk een schaduwbudgetvergoeding toe te kennen voor niet geleverde productie.

D3d *Conclusie*

De NZa verklaart het bezwaar op dit punt ongegrond.

D4 Secundair: Omzet uit prestatiebekostiging

Voor zover bezwaarde de NZa verzoekt om niet de volledige honoraria van de medisch specialisten in de omzet uit de prestatiebekostiging mee te nemen omdat de volledige afspraak met de zorgverzekeraars niet in het schaduwbudget kan worden opgevoerd, merkt de NZa op dat dit in strijd is met het beleid van de NZa.

Het doel van het transitie-model is om de omzet onder de functiegerichte budgettering (het schaduwbudget) af te zetten tegen de omzet uit prestatiebekostiging. De NZa heeft in haar beleidsregel vastgesteld hoe beide omzetniveaus worden berekend. Met inachtneming van het gestelde onder punt D2 en punt D3 van dit besluit, is de binnen de beleidsregel maximaal mogelijke budgetvergoeding voor de medisch specialisten in het schaduwbudget van bezwaarde opgenomen. Daar dient de volledige omzet uit prestatiebekostiging (voor zover deze betrekking heeft op de zorg die onder het transitie-model valt) tegenover te worden gezet.

Dat aan de schaduwbudgetkant afspraken zijn opgevoerd die in strijd zijn met het beleid van de NZa en daarom niet kunnen worden gehonoreerd is geen reden om vervolgens de omzet uit de prestatiebekostiging in strijd met het beleid van de NZa te wijzigen. Zoals gesteld komt de afspraak volledig voor rekening en risico van bezwaarde.

De NZa verklaart het bezwaar op dit punt ongegrond.

D5 Lumpsumafsprak

Bezwaarde voert verder aan dat nu in de rekenstaat aanvaardbare kosten van € [vertrouwelijk] staan opgenomen. In de beschikking wordt echter uitgegaan van een schaduwbudget van € [vertrouwelijk]. Dit verschil wordt veroorzaakt door de beschikbaarheidsbijdrage.

Bezwaarde verzoekt de NZa, in het kader van de lumpsumafsprak met de zorgverzekeraars, dit bedrag in mindering te brengen op het door bezwaarde in het formulier Vaststelling Definitief Transitiebedrag 2012 opgevoerde correctiebedrag van € [vertrouwelijk], waardoor dit uitkomt op € [vertrouwelijk].

De NZa kan niet aan dit verzoek tegemoet komen. Hieronder wordt dit toegelicht.

In het Formulier Definitieve Vaststelling Transitiebedrag 2012 zijn door bezwaarde en de zorgverzekeraars (buiten de hierboven onder D2 en D3 reeds besproken posten) twee posten opgevoerd teneinde de gemaakte lumpsumafsprak te bewerkstelligen:

1. € [vertrouwelijk] productieafsprak vs. realisatie
2. € [vertrouwelijk] verwerken lumpsumafsprak Achmea in schaduwbudget FB

De NZa heeft bezwaarde verzocht aan te geven of deze posten ook verwerkt moeten worden, in het geval het schaduwbudget door de NZa lager wordt vastgesteld dan de tussen bezwaarde en de zorgverzekeraars overeengekomen lumpsumafsprak van € [vertrouwelijk]. Bezwaarde heeft bij brief van 3 maart 2015 bevestigd dat deze posten bedoeld zijn om een overschrijding van de lumpsumafsprak te voorkomen. Omdat in de bestreden besluiten het schaduwbudget op € [vertrouwelijk] is vastgesteld heeft de NZa de posten niet bij de vaststelling van het schaduwbudget meegenomen.

Omdat de post 'productieafsprak versus realisatie' van € [vertrouwelijk] niet door de NZa in het schaduwbudget is verwerkt, is het ook niet mogelijk om deze post in de bezwaarprocedure aan te passen (ad. € [vertrouwelijk]). Als de NZa de post in het schaduwbudget opneemt veroorzaakt dit het tegenovergestelde van wat bezwaarde wenst te bereiken, namelijk een daling van het schaduwbudget in plaats van een stijging.

Het bezwaar is op dit punt ongegrond.

D5 Bijzondere omstandigheden

Bezwaarde verzoekt de NZa ten slotte om op grond van bijzondere omstandigheden van het beleidsregel af te wijken en het schaduwbudget vast te stellen op de hoogte van de gemaakte lumpsumafsprak.

Een uitzondering op het hiervoor weergegeven beleid is niet mogelijk behoudens de situatie dat de bijzondere omstandighedentoets ex artikel 4:84 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) daartoe noodzaakt.

Een bestuursorgaan wijkt, ingevolge artikel 4:84 Awb, van een beleidsregel af als sprake is van bijzondere omstandigheden en indien bij onverkorte toepassing van de beleidsregel dit voor één of meer bezwaarden gevolgen zou hebben die onevenredig zijn in verhouding tot de met de beleidsregel te dienen doelen. Bij de vraag of wegens bijzondere omstandigheden afwijking van beleidsregels geboden kan zijn, is van belang of het gaat om omstandigheden die geacht kunnen worden in de beleidsregel te zijn verdisconteerd respectievelijk omstandigheden waarvan bewust in de beleidsregel is geabstraheerd. Is het een of het ander het geval, dan doen zich geen bijzondere omstandigheden voor die afwijking van de beleidsregel kunnen rechtvaardigen.

De door bezwaarde aangedragen omstandigheid ziet op de afspraak die bezwaarde heeft gemaakt met de zorgverzekeraars. Deze afspraak komt volgens bezwaarde voort uit het jaar 2009, toen als onderdeel van de doorstart afgesproken is de medisch specialisten als vrijgevestigd te beschouwen. In 2012 heeft bezwaarde in overleg met de zorgverzekeraar besloten alle medisch specialisten in loondienst te nemen. Onderdeel van deze afspraak was dat dit een vergoeding van ruim € [vertrouwelijk] in het schaduwbudget zou opleveren.

Dit is geen omstandigheid die bijzonder is. In de beleidsregel is reeds de mogelijkheid verdisconteerd om medisch specialisten in loondienst te nemen. Voor elk van de specialisteneenheden is in de beleidsregel een normatieve vergoeding voor het schaduwbudget opgenomen waarvan niet kan worden afgeweken. Aangezien de door bezwaarde aangedragen omstandigheid reeds in het beleid is meegewogen is er geen sprake van een bijzondere omstandigheid in de zin van artikel 4:84 Awb.

Aangezien er geen sprake is van bijzondere omstandigheden komt de NZa aan de toets van onevenredig nadeel niet toe.

E. CONCLUSIE

E1 Dictum

De NZa verklaart het bezwaar voor zover gericht tegen de voorlopige verrekenbedragen niet-ontvankelijk.

De NZa verklaart het bezwaar voor zover gericht tegen de definitieve verrekenbedragen gedeeltelijk gegrond.

E2 Nieuwe verrekenbedragen

Bijgevoegd bij deze beslissing op bezwaar zitten twee nieuwe beschikkingen en een nieuwe rekenstaat 2012. De beschikkingen maken onderdeel uit van deze beslissing op bezwaar. De beschikkingen en rekenstaat worden ook op het NZa portaal gepubliceerd.

Hoogachtend,
Nederlandse Zorgautoriteit

dr. M.J. Kaljouw,
voorzitter Raad van Bestuur

Mogelijkheid tot indienen van beroep

Ingevolge artikel 8:1 Algemene wet bestuursrecht (Awb) juncto 8:6 Awb juncto hoofdstuk 2, artikel 4 van Bijlage 2 Awb (Bevoegdheidsregeling bestuursrechtspraak) kan een belanghebbende binnen zes weken na de datum van verzending van dit besluit beroep instellen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven, Postbus 20021, 2500 EA 's-Gravenhage. Het beroep dient conform artikel 6:5 lid 1 Awb schriftelijk en ondertekend te worden ingediend en moet tenminste de volgende gegevens bevatten: naam en adres van de indiener, een omschrijving van het besluit waartegen het beroep zich richt en de gronden van het beroep. Indien beschikbaar dient een afschrift van het besluit te worden meegezonden.